ÜBER DIE KENNTNISSE DES ALLGEMEINARZTES VON DER UMWELT SEINER PATIENTEN

Egid Mürbeth

1979

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 268177

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0031

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK

DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. N. Zöllner

ÜBER DIE KENNTNISSE DES ALLGEMEINARZTES VON DER UMWELT SEINER PATIENTEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwigs-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Egid Mürbeth

aus Dietfurt/Altmühl

München 1979

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. H. Pillau

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 12. Juni 1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG

2. DIE BEDEUTUNG DER UMWELT EINES PATIENTEN FÜR DEN ARZT (LITERATURÜBERBLICK)

2.1. Arbeitsumwelt
2.2. Wohnumwelt
2.2.1. Wohnung
2.2.2. Angehörige
2.2.3. Einblick in die Wohnumwelt: Der Hausbesuch

3. EIGENE UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE KENNTNISSE DES ALLGEMEINARZTES VON DER UMWELT SEINER PATIENTEN

3.1. Fragestellung
3.2. Untersuchungsmethode
3.3. Beschreibung der Allgemeinpraxen
3.3.1. Praxis 1 (Landpraxis)
3.3.2. Praxis 2 (Großstadtpraxis)
3.3.3. Praxis 3 (lange bestehende Praxis)
3.4. Ergebnisse der Untersuchungen
3.4.1. Ergebnisse aus Praxis 1
3.4.2. Ergebnisse aus Praxis 2
3.4.3. Ergebnisse aus Praxis 3
3.4.4. Gegenüberstellung der Ergebnisse
3.5. Diskussion der Ergebnisse

4. ZUSAMMENFASSUNG - SUMMARY

5. LITERATURVERZEICHNIS

6. LEBENSLAUF

1. EINLEITUNG

Wie bedeutsam und hilfreich die Kenntnis der Umwelt eines Patienten dem Arzt sein kann, soll im Folgenden dargestellt werden. Der Allgemeinarzt hat durch seine Hausbesuchstätigkeit den besten Zugang zu der Umwelt seines Patienten. Dieser Zugang erlaubt es ihm, seinen Patienten sinnvoller und gezielter zu helfen. In welchem Grade der Allgemeinarzt die Umwelt seiner Patienten kennt, wurde durch Erhebungen in drei Allemeinpraxen festgestellt. Um Unterschiede zwischen Stadt und Land zu erfassen, wurden eine Praxis auf dem Lande und eine Praxis in der Großstadt untersucht. Zur Darstellung einer Entwicklung dieser Kenntnisse im Laufe einer langen Praxistätigkeit wurde eine dritte Praxis herangezogen, die seit 30 Jahren besteht.

2. DIE BEDEUTUNG DER UMWELT EINES PATIENTEN FÜR DEN ARZT (LITERATURÜBERBLICK)

"Die Umwelt ist die Gesamtheit der existenzbestimmenden Faktoren, d.h. aller Umweltfaktoren, die von einem Lebewesen wahrgenommen werden oder auf es einwirken... man unterscheidet eine physiologische Umwelt, eine psychische oder psychologische Umwelt und eine soziale Umwelt, ferner u.a. die technische Umwelt, die Wohnumwelt, die Arbeitsplatz-Umwelt." So beschreibt die BROCKHAUS-ENZYKLOPÄDIE (2) die Umwelt. Für den Arzt, der die Umwelt seines Patienten beurteilen will, erschließt sie sich über die beiden letztgenannten Teilbereiche.

2.1. Arbeitsumwelt

Der Arbeitsplatz setzt den Menschen verschiedenen schädigenden Einwirkungen aus. Schadstoffe in der Luft und starke Lärmentwicklung können Gesundheitsschäden bewirken. Es erwachsen dem Schichtarbeiter Probleme der Umstellung auf die ungewöhnliche Einteilung seines Tages, die ihm Beschwerden bringen können. Die mangelnde Bewegung eines "Schreibtischarbeiters" und die unnatürlich gebeugte Haltung eines Arbeiters an der Maschine werden auf die Dauer nicht ohne beeinträchtigende Folgen bleiben.

Besondere Auswirkungen auf den Menschen hat sein Verhältnis zu den Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Denn diese können ihm das Gefühl geben oder nehmen, wichtig und anerkannt zu sein, was sich in seinem Selbstwertgefühl und seiner Selbsteinschätzung niederschlagen wird. Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz können zu Klagen über körperliche Beschwerden führen. "Die vom Patienten vorgebrachten Beschwerden signalisieren dann nicht organische Affektionen, sondern seelische Nöte. Es handelt sich um psychosoziale Störungen. Die körperliche Untersuchung ergibt keinen krankhaften Befund, auch die erfragte Anamnese gibt kaum Hinweise auf eine psychosoziale Störung. Aber der Arzt, der das Milieu des Kranken kennt, sollte sie relativ leicht konstatieren können" (BRANDLMEIER, 1). Der bedeutsamste Teil dieses Milieus ist die Wohnumwelt.

2.2. Wohnumwelt

In der Wohnumwelt verbringt der Mensch den größten Teil seiner Zeit. Entsprechend groß sind auch die Wechselwirkungen. "Das Heim ist ein Spiegel der Person... Man braucht nur einen kurzen Blick auf die Wohnung zu werfen, um über ihre Bewohner ebensoviel zu erfahren wie durch viele Geständnisse und psychologische Tests" (TOURNIER, 17). Während bei der Erfassung der Arbeits-

umwelt die Schilderung des Patienten und dessen eingehende Befragung erforderlich ist, bietet sich dem Allgemeinarzt oft die Möglichkeit, den häuslichen Bereich direkt in Augenschein nehmen zu können. SCHIFFNER (13) sagt dazu:"Ein tragendes Moment seiner (des Allgemeinarztes, der Verfasser) Wirksamkeit ist die Kenntnis des Patienten und seiner Familie nicht nur aufgrund einer erfragten Anamnese, sondern einer erlebten Biographie und der aus ihr gespeicherten Engramme." Für STURM (16) ist der persönliche Augenschein so wichtig, daß er gesteht: "Manchmal habe ich bei Patienten, die nur in die Sprechstunde kamen, einen Anlaß gesucht, um einen Hausbesuch machen zu können, um das Milieu kennenzulernen." Dieses "Milieu" besteht aus der Wohn, den Angehörigen des Patienten, seinen Freunden, Nachbarn und Bekannten. "Die ordentliche oder die manchmal vernachlässigte Wohnung, der Essensgeruch, die Bücher und die Bilder an der Wand, evtl. ungemachte Betten, gemeinsame oder getrennte Schlafzimmer der Eltern, der Umgangston unter den Eheleuten, das Benehmen der Kinder, die Wohnungsnachbarn auf dem Hausflur, der in die Wohnung dringende Lärm von der Straße, der unter Umständen pausenlos spielende Radioapparat, den man erst selbst zum Schweigen bringen muß", sind für HÄUSSLER (6) ins Einzelne gehende Beobachtungen.

2.2.1. Wohnung

Um diese Eindrücke verwerten zu können, muß man sie ordnen. Betrachten wir zunächst die Wohnung eines Patienten: "Die Wohnung kann, besonders wenn sie unzureichend ist, ein wirksamer Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden sein... Die Wirkung der Wohnung kann psychischer, physischer und kombinierter Natur sein. Auch hier sind die Faktoren oft nur schwer voneinander zu trennen: wohnen viele Personen eng zusammen, so sind sowohl die seelischen Belastungen als auch die negativen körperlichen Wirkungen - etwa durch erhöhte Infektionsgefahr - vergrößert", schreibt NACKE (10) und beurteilt die Wohnung nach folgenden Gesichtspunkten:

"Wohnort:	Dorf, Kleinstadt, Stadt,Großstadt
Wohngegend:	Villenviertel, Altstadt, Asozialenviertel usw.
Wohnungsart:	eigenes Haus, Mietwohnung, Untermiete, Altersheim, Schulheim usw.
Wohnungseinrichtung:	Wasser innerhalb der Wohnung, Toilette innerhalb der Wohnung, eigenes Bad, eigenes Bett für jedes Kind usw.
Wohnraumnutzung:	wieviel Personen, wieviel Räume, wieviel Quadratmeter."

Hierbei ist vielleicht noch als wesentlicher Punkt die Angabe des Stockwerks zu ergänzen, die ganz erhebliche

Aussagekraft besitzt. Dies meint auch HAMM (7), wenn er sagt: "Schon der Stadtteil oder das Dorf, die Straße, das Haus und das S t o c k w e r k (Hervorhebung vom Verfasser), in dem der zu Besuchende wohnt, weisen charakteristische Merkmale auf, die auf den Patienten einwirken und die für die Beurteilung seiner Umweltsituation wichtig sind." So können kleine Kinder nicht gut mit Aufzügen umgehen. Zudem haben ihre Mütter oft Angst, sie ganz ohne Aufsicht spielen zu lassen. Denn im Gefahrenfall wären sie ja vom Schauplatz des Geschehens (dem Spielplatz) in ihren hochgelegenen Stockwerken zu weit entfernt. Deswegen werden Kinder oft lieber in der Wohnung (wohlbehütet) behalten, und es fehlt ihnen am nötigen Auslauf und körperlicher Betätigung. Klagt die Mutter eines solchermaßen in seinem Auslauf eingeschränkten Kindes etwa über dessen Appetitmangel, kann der Arzt aus der Kenntnis der Sachlage heraus den richtigen Rat zu mehr Bewegungsmöglichkeit geben, ohne vorerst langen differentialdiagnostischen Erwägungen nachgehen zu müssen. Ein älterer Mensch mit schwerer Hüftgelenksarthrose ist kaum noch in der Lage, drei oder vier Treppen bis zu seiner Wohnung zu überwinden. Hier bedarf es des Eingriffes des Arztes, der dem Patienten zum Umzug in eine Parterrewohnung rät und ihm notfalls bei der Wohnungssuche behilflich sein kann.

Auch die Art der Beheizung der Wohnung ist von Bedeutung, wie SCHWENK (15) schreibt: "Ist bei einem Heizkörper die Oberfläche zu klein, muß die erhöhte Wassertemperatur die erforderliche Wärmemenge liefern. Manche Heizkörper sind dann so heiß, daß sie den auf ihnen liegenden Staub versengen, ja manchmal sogar den Staub der Luft. Dieser trockene, heiße Staub führt zur Reizung der Atemwege, zum Reizhusten." Solchen Erscheinungen ist mit geringem Aufwand abzuhelfen, wenn der Arzt die Wohnung und diese Zusammenhänge kennt.

"Noch bedeutungsvoller ist der Eindruck, den der besuchende Arzt von der Wohnung des Patienten, ihrer Einrichtung und ihren hygienischen Verhältnissen erhält" (HAMM , 7). Wie mißlich die Unkenntnis der Wohnungsverhältnisse eines Patienten werden könnte, mag folgendes Beispiel erläutern: Ein Arzt verschreibt dem Kranken in seiner Sprechstunde gegen eine Dermatose oder zur allgemeinen Kräftigung eine Badekur zu Hause. Der Patient steckt schüchtern sein Rezept ein und wagt nicht zu sagen, daß er über kein Bad verfügt.Wie häufig dies der Fall ist, ist aus Tabelle 1 zu ersehen.

Tab. 1 Wohnungen in Wohngebäuden nach Baualter und Ausstattungsmerkmalen

(Quelle: DEUTSCHER BUNDESTAG, 4)

Von jeweils 100 Wohnungen der Baujahresgruppe waren ausgestattet mit ...

Ausstattungsmerkmal	Wohnungen insgesamt	Nach Baujahresgruppen der Gebäude		
		Vor 1900	1900-1948	nach 1948
Insgesamt	100	20,9	37,0	51,1
Zentralheizung		12,3	23,0	45,8
Bad		34,4	53,2	89,2
Innentoilette		49,0	73,0	95,1

Nicht nur aus solchen "sachlichen" Gründen, deren Liste man beliebig verlängern könnte, kommt dem Arzt die Kenntnis der Wohnung zugute, sondern auch aus "persönlichen": "Am aufschlußreichsten ist aber sicher das Verhalten und Benehmen des Patienten in 'seinen eigenen vier Wänden', das hier oftmals grundlegend anders sein kann als in der Sprechstunde des Arztes und gewiß als unter klinischen Bedingungen" (HAMM, 7). Nach KELLER (8) "erfolgt die 'psychische Öffnung' des Patienten in der häuslichen Umgebung viel schneller. Der Patient vermittelt als 'Hausherr' unbewußte Einblicke und vermindert die Distanz zwischen sich und dem Arzt ... Die Beobachtung des Patienten in seiner häuslichen Umgebung vermittelt dem Arzt eine Vielzahl von Informationen. Diese beziehen sich nicht nur auf die Erkrankung selbst, sondern auch auf deren Hintergründe. Während der Patient im Sprechzimmer nur seine verbale Information dem Arzt übermittelt - der Art gleichsam eindimensional auf die Information des Patienten angewiesen ist - besteht beim Hausbesuch eine vollkommen andere Situation. Durch die Kenntnis des häuslichen Milieus ist der Arzt in der Lage, rasch eine Inkongruenz zwischen der verbalen Information des Patienten und dem Befund im häuslichen Bereich festzustellen. Das psychosoziale Spannungsfeld innerhalb der Familie oder mit den Hausnachbarn sowie Lebensgewohnheiten kann der Arzt 'im Augenschein' objektivie-

ren, während der Patient diese in der Sprechstunde nur subjektiv schildern oder bewußt verschweigen kann."

2.2.2. Angehörige

Das führt zum zweiten entscheidenden Faktor des "Milieus", zur Familie des Patienten." Ganz wesentlich ist naturgemäß auch die Erfahrung, wie der Allgemeinmediziner bei einem Hausbesuch oft zum ersten Mal mit den Angehörigen des Patienten macht" (HAMM, 7). Wieder ist zu fragen, nach welchen Merkmalen die Beobachtungen zu ordnen sind. V. FERBER (5) nennt einige davon: "Eine Aufgabenteilung zwischen professioneller und Laienmedizin muß aber die Belastungsfähigkeit des Familienhaushalts kennen. Sie muß wissen, welche Personen bilden eine Familie? Welcher Art sind die regelmäßigen Kontakte unter den Familienmitgliedern? Welche Personen wohnen zusammen? Wie ist der Tagesablauf durch Berufsarbeit, Hausarbeit, Schulbesuch der Kinder gegliedert?" Aus der Überlegung dieser Punkte ergeben sich für den Arzt oft tiefreichende Einblicke. "Die Gewichtung psychosomatischer und somatopsychischer Zusammenhänge besonders bei den chronisch Kranken kann durch die Kenntnis des psychosozialen Milieus durch den Arzt viel exakter vorgenommen werden. Damit ist es ihm auch leichter möglich, seine Entscheidungen zum Wohle des Patienten

zu treffen" (KELLER, 8). Dabei kann der Arzt die Angehörigen auf verschiedene Weise in sein Handeln einbeziehen.

Angehörige sind hilfreich bei der Vervollständigung, Berichtigung oder Kontrolle der erzählten Anamnese des Patienten. Sie können die Diagnose sehr erleichtern. RICHTER (12) sagt dazu: "Sie sollen den Arzt dabei unterstützen, die Krankheit des Patienten zu erkennen und erfolgreich zu behandeln. Sie werden gegebenenfalls über die Vorgeschichte der Krankheit befragt, und sie erhalten ferner Anweisungen vom Arzt für einen rücksichtsvollen pflegerischen Umgang mit dem Kranken."

Hier ist der zweite Punkt schon angesprochen: Der Arzt braucht die Angehörigen zur Mithilfe bei der Therapie, natürlich nach Abwägung ihrer Fähigkeiten. Falsche Fürsorglichkeit könnte den beabsichtigten günstigen Verlauf beeinträchtigen. RICHTER (12) äußert sich kritisch zu diesem Problem: "Die Rolle des Angehörigen gegenüber dem Arzt ist also weniger die eines Hilfe-Empfängers, sondern vielmehr diejenige eines Co-Therapeuten. Es wird erwartet, daß er ohne eigene Ansprüche dem Wohle des Patienten dient und dabei planvoll und vernünftig die steuernden Hinweise des Arztes befolgt. Diese Hinweise sind in der Mehrzahl pragmatischer Art. Der An-

gehörige wird also zu einem mehr oder minder mangelhaft informierten Erfüllungsgehilfen degradiert. Denn unter Berufung auf seine Schweigepflicht pflegt der Arzt nur den geringsten Teil seiner Kenntnisse über den Patienten preiszugeben. Das Kooperationsverhältnis Arzt-Angehöriger ist demnach meist durchaus asymmetrisch konfiguriert." Deshalb fordert V. FERBER (5) zu Recht: "Aber auch bei der ärztlichen Behandlung müssen die Diagnosen und die therapeutischen Maßnahmen der Ärzte für die Patienten und ihre Angehörigen verständlich sein. Diese müssen die Anweisungen des Arztes in ihren Lebensalltag übertragen und hineinnehmen können... Der Arzt muß auf die psycho- oder soziodynamischen Prozesse in der Anamnese, in der Diagnostik und im ärztlichen Gespräch vorbereitet sein. Dies kann desto leichter geschehen, je mehr der Arzt die Familie als Partner seiner therapeutischen Tätigkeit versteht." Die Mitbeteiligung erfordert also eine geschickte Gesprächsführung von Seiten des Arztes.

In einem solchen Gespräch ergibt sich die Gelegenheit, den Patienten zur besseren oder vollen Mitarbeit zu bewegen. Einmal, indem der Patient nur mithört, was der Arzt den Angehörigen eröffnet. Zum anderen dadurch, daß die überzeugten Angehörigen später auf den Patienten Einfluß nehmen. KELLER (8) drückt dies so aus:

"Das stützende Gespräch mit dem Patienten wird dabei gleichzeitig zum motivierenden Gespräch für seine Umgebung. Es ist gleichsam einem Schrotschuß ähnlich, denn es ist nicht nur gezielt auf die Umgebung des Patienten gerichtet. Auch in dem alleinigen Gespräch mit der Umgebung ist es wiederum umgekehrt möglich, den zuhörenden Patienten zu motivieren." Diese Einbeziehung der Angehörigen in das ärztliche Handeln hat eine Voraussetzung, deren Betrachtung uns schnell zur nächsten Form der Angehörigenbeteiligung führt.

Die Familienmitglieder können "Mitpatienten" sein. RICHTER (12) hat das deutlich herausgestellt: "Wenn man sich das Rollendreieck Patient - Arzt - Angehöriger anschaut, so wie es sich in unserer Kultur institutionalisiert hat, so erkennt man in diesem Modell eine Voraussetzung, die zwar regelmäßig bei organischen Krankheiten, aber sehr viel seltener bei psychischen Störungen erfüllt ist. Die Voraussetzung lautet: Der Angehörige selbst ist gesund und hat mit der Krankheit des Patienten ursächlich nichts zu tun. Nur unter dieser Bedingung wird er sich auf Geheiß des Arztes ohne Weiteres als Gehilfe organisieren lassen und diese Funktion auch korrekt erfüllen können... Die Angehörigen eines psychogen gestörten In-

dividuums sind in sehr vielen Fällen selbst nicht psychisch gesund, und ihre eigenen psychischen Schwierigkeiten sind oft in ursächlicher Weise mit dem Problem desjenigen verflochten, der sich als 'Patient' darstellt."

Eng verwoben mit diesen Zusammenhängen ist eine weitere Möglichkeit, in der Angehörige dem Arzt dienlich sein können: Sozusagen als "Therapiekontrolle". VOLKHOLZ und GEISSLER (18) legen es so dar: "Therapeutische Artefakte können übersehen werden: Daß der depressiv-phobisch-passive Patient mit seiner größeren Abhängigkeit von der jeweiligen Umgebung in der isolierenden Therapie auch seine ökologische Nische gewinnen kann, also seine Flucht vor der sozialen Wirklichkeit realisiert - oder daß er seine Erkrankung auf die soziale Umwelt abwälzt und gesundet." Zu diesem Problem nennt RICHTER (12) einige konkrete Beispiele. Dem Arzt, der die soziale Situation des Patienten kennt, werden solche Entwicklungen auffallen.

Die letzte Art des Umgangs mit den Angehörigen stellt die Prävention dar. Sie ist eine wichtige Aufgabe der Medizin und kann in dieser Form am erfolgversprechendsten durchgeführt werden. Der Arzt könnte - behutsam natürlich - gegebenenfalls den Patienten als warnendes

Beispiel verwenden. Denkbar wäre dies etwa bei familiärer Neigung zum Hochdruck, wobei erreicht werden könnte, daß die gesamte Familie sich kochsalzarm ernährt und Ähnliches. V. FERBER (5) sieht darin einen integralen Bestandteil der Medizin: "Das von ihm (dem Arzt, der Verfasser) verordnete therapeutische Regime (Verhalten, Diät, Einnahme von Medikamenten) muß von der nächsten Umgebung des Patienten mitgetragen werden . Das liegt bei der Behandlung der Kinder und der chronisch Kranken auf der Hand. Es besitzt bei der Krankheitsfrüherkennung, der Gesundheitsvorsorge und - erziehung eine Schlüsselposition. Die Kenntnis der Familiensituation, die Kommunikation mit den Familienmitgliedern seiner Patienten, aber auch die Vermittlung präventivmedizinischer Verhaltensregeln gehört daher zu den Grundlagen ärztlicher Tätigkeit."

Diese gewissenhaft vollzogene Tätigkeit führt zu einer großen Vertrautheit mit der Familie, wie dies KELLER (8) ausdrückt:"Die ärztliche Aufgabe des Hausbesuchs führt häufig dazu, daß der Allgemeinarzt in die Familie integriert wird, oder daß er bei dem vereinsamten alternden Menschen sozusagen als Familienersatz gilt. Der Patient sucht dann nicht nur Rat und Hilfe wegen seiner Krankheit, sondern auch wegen der ihn betref-

fenden allgemeinen Probleme. Er nimmt an, daß der Arzt ihn am besten kennt, somit auch die besten Lösungen für seine menschlichen Fragestellungen findet." Ein hoher Anspruch, der durch den Zeitmangel des Arztes sehr gefährdet ist, jedoch scheint es nicht der Auftrag der Medizin zu sein, nur Krankheiten zu beseitigen, sondern dem Menschen zu helfen.

Die vorstehende Darlegung sollte zeigen, in welch vielfältiger Hinsicht die Kenntnis der Umwelt des Patienten Hilfen für eine gute Behandlung bringt, trotz der damit verbundenen Schwierigkeiten. Die Zeitschrift DER KASSENARZT (3) meint dazu: "Einen erheblichen Arbeitseinsatz benötigt der Allgemeinarzt für Hausbesuche. Andererseits erleichtert ihm das Kennenlernen des Milieus und der häuslichen Umgebung der zu betreuenden Patienten oft die Diagnosestellung und die daraus abgestellte richtige Therapie." Und KELLER (8) findet: "So wird die rationelle Entscheidungslogik des Arztes am häuslichen Krankenbett durch die vielen Informationen, die er dort erhält, weit besser gestützt, als durch ein alleiniges Gespräch im Sprechzimmer oder in der Klinik." Schließlich äußert sich HAMM (7) sehr deutlich: "Eins gilt jedenfalls mit Sicherheit: Nur der Arzt, der den Patienten in seiner häuslichen Umgebung gesehen und erlebt

hat, und das womöglich noch oft und über Jahre, kennt ihn wirklich."

2.2.3. Einblick in die Wohnumwelt: Der Hausbesuch

In besonderer Weise verfügt der Allgemeinarzt über diese entscheidenden Kenntnisse. Er ist dem Kranken am nächsten und am vertrautesten. "Es gibt vielerorts immer noch den Hausarzt, der seinen Patienten auch aus gesunden Tagen kennt, aus dem Zusammensein mit anderen, am Stammtisch, im Beruf, aus gemeinsamer Tätigkeit bei irgendeinem Steckenpferd, der auch seine Familie und seinen Lebenslauf kennt. Er kann in diesem Falle viel eher beurteilen, welche psychischen Einflüsse das körperliche Kranksein auf den Patienten ausübt. Da die Emotionen tiefgreifende Einflüsse auf dessen Körperfunktionen ausüben, wird hier aber auch die Bedeutung der Beziehung Arzt/Patient offensichtlich" (LUBAN-PLOZZA/PÖLDINGER, 9).

"Dabei bestätigt sich häufig, daß der Hausbesuch zu einer nicht zu ersetzenden Informationsquelle wird, die in den Praxisräumen oder in der Klinik, wenn überhaupt, dann nur schwer erschlossen werden kann" KELLER, 8). Deshalb betrachtet es TOURNIER (17) als "Privileg" des Hausarztes, welches die Spezialärzte

kaum kennen, daß er seine Patienten in ihrer Wohnung aufsuchen kann." Der Verdeutlichung dieses Privilegs dienen die Tabellen 2 und 3 .

Tab. 2 (nach SCHRÖMGENS,14): Durchschnittliche Anzahl der Besuche je Kassenarzt im KV-Bereich Freiburg/Br. im IV. Quartal 1972 mit Vergleichszahlen aus dem I. Quartal 1970 (in Klammern)

Arztgruppe	Anzahl der Ärzte	Anzahl der Besuche bei Kassenpatienten (RVO- und Ersatzkassen)		Besuche je Arzt
		Zahl	in %	
Fachärzte zus.	773 (686)	48 781 (48 433)	9,1(8,6)	63 (70)
Allgemeinärzte	925 (925)	485 278 (515 639)	90,87 (91,43)	525 (578)
Sämtliche Ärzte	1698 (1584)	534 059 (565 072)	100,0 (100,0)	315 (357)

Tab. 3 (nach HAMM,7): Besuchstätigkeit der Kassenärzte im Bereich der KV Hamburg im IV. Quartal 1972

Arztgruppe	Anzahl der Ärzte	Anzahl der Besuche	Besuche je Arzt
alle Ärzte	1851	294 940 (100 %)	159
Allgemeinärzte	859	256 092 (86,8 %)	298
Fachärzte insgesamt	992	38 848 (13,2 &)	39

Obwohl für alle Ärzte nach der Berufsordnung für Ärzte Hausbesuchspflicht besteht, führen die Allgemeinärzte den überwiegenden Teil der Hausbesuche durch.

Wie sich diese Tätigkeit der Allgemeinärzte in ihrer Erfahrung niederschlägt, dazu finden sich in der Literatur nur spärliche Angaben. So berichtet PILLAU (11): "In einer Großstadtpraxis sind dem Allgemeinsarzt die Wohnungen von 2/3 seiner Patienten bekannt durch Hausbesuche." HAMM (7) stellt fest: Der Allgemeinarzt, der im Laufe der Jahre aus irgendeinem Grund doch f a s t j e d e n (Hervorhebung vom Verfasser) seiner Patienten einmal im Hause besucht hat, wird auf diese Weise

über einen einzigartigen Erfahrungsschatz verfügen können." Und TOURNIER (17) schreibt: "Aber der Landarzt besitzt einen Trumpf, dessen er sich jedoch meistens kaum bewußt ist. Er kennt nämlich die Umwelt seiner Patienten, ihr Haus, den Dorfklatsch und ihre Streitigkeiten unter den Einwohnern. Er kann sich mit seinen Kranken unterhalten, von ihren Kühen, von den Folgen der Trockenheit oder den Hagelschäden sprechen. Das ist in g e r i n g e r e m A u s m a ß (Hervorhebung vom Verfasser) auch das Vorrecht des Hausarztes in der Stadt, und das macht den Reiz seines Berufes aus." Die Größe der Vertrautheit des Allgemeinarztes mit seinem Patienten geht aus diesen Angaben nur andeutungsweise hervor. Im Folgenden wird versucht, sie genauer zu erfassen.

3. EIGENE UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE KENNTNISSE DES ALLGEMEINARZTES VON DER UMWELT SEINER PATIENTEN

3.1. Fragestellung

Nach der Darlegung der Bedeutung des Vertrautseins des Arztes mit der Umwelt seiner Patienten soll versucht werden, diese Vertrautheit quantitativ zu belegen. In welchem Umfang kennt der Allgemeinarzt durch seine Hausbesuche die Umwelt seiner Patienten? Gibt es dabei einen Unterschied zwischen Allgemeinarzt auf dem Land und Allgemeinarzt in der Stadt? Und wie ausgeprägt sind diese Kenntnisse nach langer Tätigkeit in der Praxis an einem Ort?

3.2. Untersuchungsmethode

Der Begriff Umwelt des Patienten wurde in zwei Teilaspekte aufgegliedert: Wohnung und Angehörige des Patienten. Die Arbeitsumwelt des Patienten bleibt außer Betracht, da sie nur in wenigen Fällen dem Arzt genauer bekannt ist.

Nach diesen beiden Gesichtspunkten (Wohnung und Angehörige des Patienten) wurden ein Allgemeinarzt auf dem Land und ein Allgemeinarzt in der Stadt befragt, dazu ein Allgemeinarzt auf dem Land nach 30-jähriger Tätigkeit. Am Ende eines Quartals (IV, 76; II, 77 u. I, 78) wurde zusammen mit dem Arzt die laufende Kartei ausgewertet. Zu jeder Karteikarte wurde der Arzt befragt, ob er

von diesem Patienten die Wohnung und / oder Angehörige kennt. Die positiven Antworten wurden in einer Strichliste festgehalten und später ausgewertet.

Als Kriterium der Bekanntheit der Wohnung galt, daß der Arzt die Wohnung schon einmal betreten hatte. War er sich bei der Beantwortung aus dem Gedächtnis heraus unsicher, wurde die Eintragung eines Hausbesuchs in der Karteikarte als positive Antwort bewertet, wenn sich der Arzt daraufhin an die Wohnung erinnern konnte. Konnte sich der Arzt trotz eines solchen Eintrags nicht an die Wohnung erinnern, wurde die Antwort als negativ eingestuft.

Unter die Angehörigen wurden Familienmitglieder und Personen, die die Wohnung mit dem Patienten teilen, gerechnet. Bei unsicherer Antwort konnte die Frage für die Familienmitglieder objektiv geklärt werden, wenn noch weitere von ihnen bei dem Arzt in Behandlung waren und ebenfalls in der Kartei auftauchten. Ansonsten wurde eine unsichere Antwort als negativ gewertet.

3.3. Beschreibung der Allgemeinpraxen

3.3.1. Praxis 1 (Landpraxis)

Praxis 1 ist in Dietfurt /Altmühl in der Oberpfalz, einer Stadt mit etwa 2 500 Einwohnern. Das umliegende ländliche Einzugsgebiet der Praxis ist etwas grösser als die Großgemeinde mit 5 700 Einwohnern. Es ist noch ein zweiter Allgemeinarzt (aus Praxis 3) am Ort. Der jetzige Inhaber übernahm 1969 die Praxis von seinem Vater. Die durchschnittliche Patientenzahl pro Quartal ist 1 100.

3.3.2. Praxis 2 (Großstadtpraxis)

Praxis 2 liegt im Norden Münchens am Stadtrand in der Siedlung Feldmochinger Anger (Hasenbergl). Die Siedlung selbst hat 3 800 Einwohner. Der Arzt schätzt das Einzugsgebiet seiner Praxis auf etwa 15 000 Einwohner. Im Bereich der Praxis gibt es noch drei Allgemeinärzte sowie fünf Fachärzte. Die Praxis wurde 1973 gegründet und hat eine durchschnittliche Patientenzahl von 700 pro Quartal.

3.3.3. Praxis 3 (lange bestehende Praxis)

Praxis 3 ist wiederum in Dietfurt/Altmühl gelegen und besteht seit 1946. Die durchschnittliche Patientenzahl beträgt etwa 2 000 im Quartal.

3.4. Ergebnisse der Untersuchungen

3.4.1. Ergebnisse aus Praxis 1

Die Untersuchung in Praxis 1 fand im IV. Quartal 1976 statt. Es waren insgesamt 1 209 Patienten in diesem Quartal in der Praxis erschienen. Bei 1 048 von diesen 1 209 Patienten kannte der Arzt die Wohnung, das entspricht einem Prozentsatz von 86,7 %. Von 1 111 dieser 1 209 Patienten waren dem Arzt die Angehörigen bekannt, entsprechend einem Anteil von 91,9 %.

Der Veranschaulichung dienen die Abbildungen 1 und 2 .

Abb. 1 Prozentualer Anteil derjenigen Patienten (weiße Fläche) aus Praxis 1 (Landpraxis), von denen der Arzt die Wohnung kennt.

Abb. 2 Prozentualer Anteil derjenigen Patienten (weiße Fläche) aus Praxis 1 (Landpraxis), deren Angehörige dem Arzt bekannt sind.

3.4.2. Ergebnisse aus Praxis 2

Die Untersuchung in Praxis 2 wurde im II. Quartal 1977 durchgeführt. Im Ganzen waren 730 Patienten in diesem Quartal bei dem Arzt in Behandlung. Von diesen 730 Patienten kennt der Arzt bei 515 deren Wohnung, also bei 70,5 %. Die Angehörigen waren ihm bei 600 von 730 Patienten bekannt, entsprechend einem Prozentsatz von 82,2 %.

Zur Verdeutlichung siehe die Abbildungen 3 und 4 .

Abb. 3 Prozentualer Anteil der Patienten (weiße Fläche) aus Praxis 2 (Großstadtpraxis),von denen der Arzt die Wohnung kennt.

Abb. 4 Prozentualer Anteil der Patienten (weiße Fläche) aus Praxis 2 (Großstadtpraxis), deren Angehörige dem Arzt bekannt sind.

3.4.3. Ergebnisse aus Praxis 3

Die Untersuchung zum Stand der Kenntnis des Allgemeinarztes von der Umwelt seiner Patienten nach langjähriger Tätigkeit fand im I. Quartal 1978 statt. Insgesamt erfaßte die laufende Kartei 2 233 Patienten, von denen der Arzt bei 2 186, entsprechend 97,9 % seiner Patienten, die Angehörigen kannte. Bei 2 136 , entsprechend 95,7 % seiner Patienten hatte er die Wohnung schon kennengelernt. Abbildung 5 und 6 machen die Verhältnisse deutlich.

Abb. 5 Prozentualer Anteil der Patienten (weiße Fläche) aus Praxis 3 (lang bestehende Praxis), deren Wohnung dem Arzt bekannt ist.

Abb. 6 Prozentualer Anteil der Patienten (weiße Fläche) aus Praxis 3 (lang bestehende Praxis), deren Angehörige der Arzt kennt.

3.4.4. Gegenüberstellung der Ergebnisse

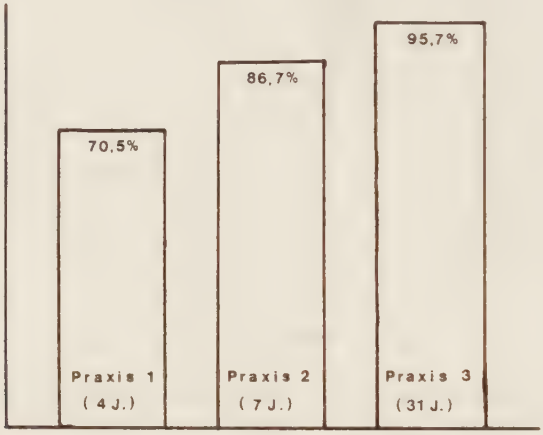

Abb. 7 Darstellung der Prozentsätze der den Ärzten bekannten Wohnungen ihrer Patienten mit Angabe des Alters der Praxis (in Klammern)

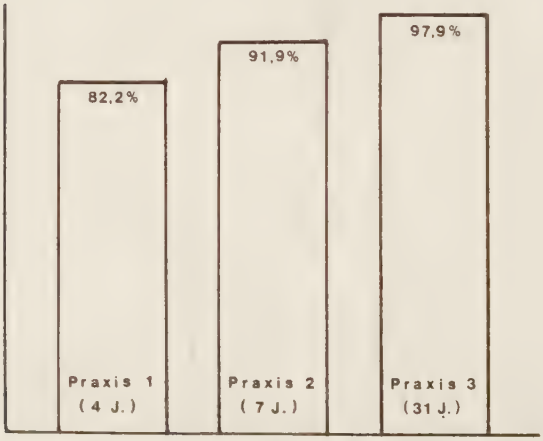

Abb. 8 Darstellung der Prozentsätze der den Ärzten bekannten Angehörigen ihrer Patienten mit Angabe des Alters der Praxis (in Klammern)

3.5. Diskussion der Ergebnisse

Vergleicht man die Ergebnisse der vorstehenden Untersuchungen mit den Angaben in der Literatur, so ergibt sich folgendes Bild:
Die Bemerkung PILLAU'S (11), daß "in einer Großstadtpraxis der Arzt bei etwa 2/3 seiner Patienten die Wohnung kennt", ist bestätigt worden: In der untersuchten Großstadtpraxis kennt der Arzt von 70,5 % seiner Patienten die Wohnung.

Die Angabe HAMM'S (7), daß "der Allgemeinarzt im Laufe der Jahre aus irgendeinem Grund doch f a s t j e d e n (Hervorhebung vom Verfasser) seiner Patienten einmal im Hause besucht hat", ist durch die Untersuchungen präzisiert worden. Die Ergebnisse aus den beiden ersten Praxen (70,5 % der Patienten in der Großstadt und 86,7 % auf dem Lande) liegen eher niedriger als man nach dem Ausdruck "fast jeden" erwartet. Jedoch ist hier einschränkend zu bemerken, daß beide Ärzte (aus Praxis 1 und Praxis 2)eigentlich erst am Anfang ihrer Tätigkeit stehen: Der Arzt in der Großstadt (Praxis 2) betreibt seine Praxis seit 4 Jahren, der Arzt auf dem Land (Praxis 1) seit 7 Jahren. Das Ergebnis aus Praxis 3, die seit 30 Jahren besteht, beweist schließlich die Behauptung HAMM'S (7). Dieser Arzt hat "im Lauf der Jahre" 95,7 % seiner Patienten zu Hause aufgesucht und kennt daher deren Wohnung.

Von TOURNIER (17) wurde der Unterschied zwischen Stadt und Land hervorgehoben: "... Das ist in geringerem Ausmaß des Hausarztes in der Stadt ..." Die Ergebnisse der Untersuchungen fördern diesen Unterschied zu Tage: Bei 70,5 % gegenüber 86,7 % des Landarztes kennt der Arzt in der Großstadt die Wohnung seiner Patienten. Von 82,2 % gegenüber 91,9 % des Landarztes sind ihm die Angehörigen seiner Patienten bekannt. Da jedoch die beiden Ärzte aus den untersuchten Praxen nicht gleich lange in der Praxis tätig sind (der Landarzt ist 3 Jahre länger niedergelassen als der Arzt in der Großstadt), sind die hier aufgetretenen Unterschiede zwischen Stadt und Land wahrscheinlich etwas zu groß. Vermutlich spielt auch die persönliche Bereitschaft des einzelnen Arztes, Hausbesuchsansprüche gelten zu lassen und Hausbesuche durchzuführen, eine erhebliche Rolle bei der Höhe des Kenntnisstandes über die Umwelt seiner Patienten.

Trotzdem bleibt ein echter Unterschied zwischen Land und Großstadt bestehen. Er läßt sich erklären aus der leichteren Erreichbarkeit der Praxis in der Großstadt: Die Wege zur Praxis sind aufgrund der größeren Wohndichte kürzer. Die PKW-Dichte in der Stadt ist größer. Und schließlich erleichtern es das engmaschige Netz und die höhere Frequenz der öffentlichen Verkehrsmittel dem Patienten in der Großstadt, persönlich in der Praxis zu erscheinen. Dadurch werden weniger Hausbesuche angefordert, und so-

mit entgeht dem Arzt in der Stadt manche Gelegenheit, die Umwelt seiner Patienten kennenzulernen. Eine weitere Einschränkung der Möglichkeit des Arztes in der Stadt, seine Patienten zu Hause aufzusuchen, bringt die Organisation des ärztlichen Notdienstes mit sich. Während der Arzt auf dem Land wochentags rund um die Uhr von seinen Patienten zu Besuchen gerufen werden kann, hat der Arzt in der Stadt meist in einem bestimmten Turnus eine ganze Nacht Hausbesuche auch für seine Kollegen auszuführen. Er kommt dabei zwar in viele Wohnungen, aber häufig kann er seine Erfahrungen von dort nicht mehr verwenden, weil diese Patienten nicht weiter in seiner Behandlung sind. Die Hausbesuche bei seinen eigenen Patienten während der übrigen Notdienstzeiten übernehmen seine Kollegen, und ihm gehen diese Informationen verloren.

Auffallend war bei diesen Untersuchungen die große Vertrautheit der drei Allgemeinärzte mit ihren Patienten. Nur bei jeweils etwa zehn der insgesamt 1 209, 730 bzw. 2 233 Patienten mußte jeder überlegen, wer die aufgeführte Person sei. Bei allen anderen konnten sie sich anhand des Namens auf Anhieb die Person und deren Verhältnisse, ja sogar oft Diagnosen und Befunde, in Erinnerung rufen. Auch bei der Beantwortung der gestellten Fragen nach Wohnung und Angehörigen ihrer Patienten zeigte sich die genaue Kenntnis ihrer Patienten: Bei jeweils nur ungefähr 20 Patienten konnten die drei Ärzte die Fra-

gen nicht aus dem Gedächtnis heraus beantworten und mußten Einblick in die Karteikarte nehmen.

Den hohen Wissensstand über die Umwelt seiner Patienten hat der Allgemeinarzt seinen spezialisierten Kollegen voraus. Denn die Quelle dieses Wissens ist der Hausbesuch beim Patienten. Außer vielleicht einigen Pädiatern und Internisten, die intensiv Besuche durchführen, haben Gebietsärzte keinen so tiefen Einblick in die Umwelt ihrer Patienten, da nach HAMM (7) und SCHRÖMBGENS (14) über 85 % aller Hausbesuche von Allgemeinärzten ausgeführt werden. (Siehe auch Tab. 2 und 3).

Aus dieser Tätigkeit bezieht der Allgemeinarzt Informationen von hohem diagnostischen und therapeutischen Wert.

4. ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Arbeit wird der Zusammenhang zwischen Umwelt und Krankheit beleuchtet, besonders im häuslichen Bereich, der dem Allgemeinarzt durch den Hausbesuch zugänglich ist.

Untersuchungen in zwei Allgemeinpraxen auf dem Land und in der Großstadt zeigen, wie vertraut der Allgemeinarzt mit seinen Patienten ist. Gleichzeitig werden die Unterschiede zwischen Stadt und Land erfaßt.

Der Allgemeinarzt in der Großstadt kannte von 730 Patienten bei 515 (= 70,5 %) deren Wohnung und bei 600 (= 82,2 %) die Angehörigen. Dem Allgemeinarzt auf dem Land waren bei 1 048 (= 86,7 %) von 1 209 Patienten deren Wohnung und bei 1 111 (= 91,9 %) die Angehörigen bekannt.

Die Untersuchung einer dritten Praxis, die seit 30 Jahren besteht, diente dazu, den Einfluß der Dauer der Praxistätigkeit darzustellen: In dieser Praxis kannte der Arzt bei 2 136 (= 95,7 %) von insgesamt 2 233 Patienten deren Wohnung, und bei 2 186 (= 97,9 %) waren ihm deren Angehörige bekannt.

SUMMARY

This study illuminates the connexion between environment and sickness, especially in the domestic sphere, what is accessible for the general practitioner by home visits.

Inquiries in two general practices in the country and in the city demonstrate,how the general practitioner is familiar with his patients. Together, the differences between country and city are recorded.

The general practitioner in the city knew the dwelling situation of 515 (= 70,5 %) and the family of 600 (= 82,2 %) of his patients, at totally 730. At totally 1 209 patients, to the general practitioner in the country the dwelling situation of 1 048 (= 86,7 %) and the family of 1 111 (= 91,9 %) of his patients were known.

The inquiry of a third general practice existing for 30 years served to show the influence of the length of practice's existence: In that practice the physician knew the dwelling situation of 2 136 (=95,7 %) of his totally 2 233 patients and the family of 2 186 (= 97,9 %).

5. LITERATURVERZEICHNIS

1) BRANDLMEIER, P.: Hausärztliche Versorgung
Berlin: Springer 1974

2) BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE, Wiesbaden: Brockhaus 1974

3) DER KASSENARZT 16 (1976): Kassenärztliches Seminar

4) DEUTSCHER BUNDESTAG: Drucksache 7/2423

5) FERBER, CH.V.: Soziologie für Mediziner
Berlin: Springer 1975

6) HÄUSSLER, S.: Der praktische Arzt heute und morgen
Stuttgart: Gentner 1967

7) HAMM, H.: Allgemeinmedizin
Stuttgart: Thieme 1975

8) KELLER, K.: Die Bedeutung der Hausbesuche für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung
in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 1, Heft 4,
Stuttgart: Enke 1976

9) LUBAN-PLOZZA, B/PÖLDINGER, W.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis
München: Lehmanns 1971

10) NACKE, O.: Dokumentation im Bereich der Sozialmedizin
in: BLOHMKE/SCHÄFER: Handbuch der Sozialmedizin I, Stuttgart: Enke 1975

11) PILLAU, H.: Bemerkung auf dem Interdisziplinären Forum
Köln 1976

12) RICHTER, H.E.: Patient Familie
Hamburg: Rowohlt Taschenbuch 1972

13) SCHIFFNER, K.: Resümee des 14. Seminars der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin in Bad Nauheim 15.10.1976
in FORUM DES PRAKTISCHEN ARZTES 4, 16(1977)

14) SCHRÖMBGENS, H.H.: Der Hausbesuch in der allgemeinärztlichen Praxis
in: THERAPIEWOCHE 22, 16 (1972)

15) SCHWENK, H.: Gesünder wohnen
München: Königs Gesundheitsratgeber 1972

16) STURM, E.: Einführung in die Allgemeinmedizin
Erlangen: Perimed 1969

17) TOURNIER, P.: Geborgenheit - Sehnsucht des Menschen
Freiburg: Herder 1975

18) VOLKHOLZ, V./GEISSLER, B.: Analyse des Gesundheitswesens
Frankfurt: Athenäum 1974

Mein Dank gilt Herrn Priv. Doz. Dr. H. Pillau

für die Überlassung der Dissertation.

für die freundliche Unterstützung
bin ich dankbar:

Herrn Dr. H. E. Mühlbauer

Herrn Dr. U. Steudemann

Herrn Dr. A. Islinger

6. LEBENSLAUF

Am 6. Februar 1951 wurde ich in Dietfurt/Altmühl geboren. Ich bin das 2. Kind des Spenglermeisters und Heizungsingenieurs Egid Mürbeth und seiner Ehefrau Maria, geb. Prösl.

In Dietfurt verbrachte ich meine Kindheit und besuchte den dortigen Kindergarten, sowie die Grundschule.
Im September 1961 trat ich an das Humanistische Willibald-Gymnasium in Eichstätt über, wo ich 1970 die Reifeprüfung ablegte.

Von Juli 1970 bis Oktober 1971 leistete ich meinen Wehrdienst in Regensburg ab, wo ich anschließend bis März 1973 Mathematik und Physik studierte.

Seit Mai 1973 studiere ich Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.
Ich schloß mein Studium mit dem Staatsexamen am 27. April 1979 ab.